

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o

308

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MENDELOVICI Simon

Né le 21 Décembre 1907, à Bucarest (Roumanie)

Contribution à l'étude du Diverticule
de Traction de l'Œsophage

Président de Thèse : M. F. BEZANÇON, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS

PARIS (5^e)

—
1934

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MENDELOVICI Simon

Né le 21 Décembre 1907, à Bucarest (Roumanie)

Contribution à l'étude du Diverticule de Traction de l'Œsophage

Président de Thèse : M. F. BEZANÇON, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS

PARIS (5^e)

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	{ LENORMANT.
	{ CUNEO.
	{ GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
Clinique d'accouchements.....	MARION.
Clinique gynécologie.....	{ COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	{ BRINDEAU.
Clinique thérapeutique médicale.....	{ JEANNIN.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique propédeutique.....	RATHERY.
Clinique de la Tuberculose.....	LEMAITRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	PIERRE DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	{ MATHIEU.
	{ HOVELACQUE.
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie n.édicale.....	DONZELOT.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle LEVY.
Neuro-psychiatrie.....	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur).
Ophtalmologie.....	VELTER.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI. AUBERTIN. BRULÉ. CHIRAY. DUVOIR. HARVIER. LIAN.
Clinique obstétricale	GUENIOT. LE LORIER. LÉVY-SOLAL. METZGER.
Clinique chirurgicale	BASSET. CADENAT. HEITZ-BOYER. MOCQUOT. MOURE. SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

*Qui fût toujours pour nous un
exemple vivant de travail et
d'honnêteté. En témoignage de
vive reconnaissance et très
profonde affection.*

A MA MERE

*Qui nous a toujours entouré de
la plus douce affection et d'un
dévouement sans bornes ; je
suis heureux de lui offrir ici
ce faible témoignage de ma
profonde reconnaissance et de
mon amour filial.*

A MES FRERES

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur FERNAND BEZANÇON

MÉMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
Hommage de ma très respec-
tueuse reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur FÉLIX RAMOND

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*Que nous remercions vivement
des documents recueillis dans
le service.*

A Monsieur le Docteur PAUL CHENE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDECIN ASSISTANT A L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a conseillé
dans sa réalisation. En reconnaissance de l'accueil bien-
veillant qu'il nous a réservé.*

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur F. WIDAL (*in memoriam*);

Monsieur le Professeur OMBREDANNE;

Monsieur le Professeur GUILLAIN;

Monsieur le Professeur LEMAITRE;

Monsieur le Professeur LEREBoullet;

Monsieur le Professeur agrégé SEZARY;

Monsieur le Professeur agrégé ECALLE;

Monsieur le Docteur LAUBRY;

Monsieur le Docteur LAUNAY.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

DE PARIS

INTRODUCTION

La plupart des affections de l'œsophage se traduisent cliniquement par l'impossibilité ou la difficulté plus ou moins grande d'avaler les aliments.

Etant donnée sa structure, l'œsophage est apte à se contracter sur une quelconque de ses parties. Cette contraction peut amener un rétrécissement spasmodique et comme conséquence une dilatation de l'organe.

On distingue ainsi les dilatations primitives ou idiopathiques, et les dilatations secondaires. D'après Bensaude et Rivet, on divise les dilatations en deux groupes : *a*) les dilatations diffuses et *b*) les dilatations circonscrites.

Les dilatations diffuses sont formées au dépens de toute une portion de l'œsophage, tandis que les *dilatations circonscrites* ou diverticules sont constituées par une petite partie de la paroi de l'organe, véritables hernies.

Les diverticules sont formés par une sorte de sac ou de poche anévrysmale, appendue latéralement à l'œsophage, tandis que les véritables dilatations sont

semblables aux dilatations cylindriques de l'aorte et méritent de ce fait, seules, le nom de dilatations.

On divise les diverticules suivant leur siège en :

1) Diverticule pharyngo-œsophagien de Zenker ou diverticule de pulsion.

2) Diverticule œsophagien proprement dit ou thoracique, et qui, d'après son mode de formation, peut être mixte :

a) Diverticule par pulsion — due à l'application d'une force de dedans en dehors.

b) *Diverticule par traction* due à une attraction de la paroi œsophagienne par une adhérence à un organe voisin en voie de retrait, un ganglion ordinairement.

Nous étudierons au cours de ce travail le diverticule par traction, étant donné la rareté de ses manifestations cliniques et la difficulté de son diagnostic.

De même nous soulignerons le rôle important des rayons X et de l'œsophagoscopie.

Le diverticule par traction qui, jusqu'à l'emploi de ces investigations, n'était qu'une trouvaille d'autopsie, est devenu plus accessible aujourd'hui au clinicien qui, en soupçonnant son existence dans certains cas, pourra confirmer son diagnostic.

Ces cas ne sont peut-être pas si rares qu'on le croit. D'ailleurs l'étude des observations les montre pleinement. Leur valeur est d'autant plus grande que parfois, à l'occasion d'un examen radioscopique ou œsophagoscopique, faits pour une toute autre raison, on

est surpris de trouver l'existence d'un diverticule par traction, jusque là latent.

A l'occasion, nous profiterons pour argumenter sur *la pathogénie*, de cette affection, sur laquelle les auteurs ne sont pas encore tout à fait d'accord.

Nous nous en voudrions de ne pas remercier vivement M. le Dr. Paul Chêne, pour avoir bien voulu nous guider à l'élaboration de ce travail.

HISTORIQUE

Les premières observations de diverticule de traction de l'œsophage sont connues depuis le commencement du xix^e siècle, et elles sont dues, de même que leur essai pathogénique, à Rokitansky, Zenker et Ribert. En France des études intéressantes ont été faites par Guisez, Bensaude, Rivet et P. Delbet. A l'étranger plusieurs travaux ont été publiés ces dernières années sur la pathogénie et ses manifestations cliniques de cette affection, par Chevallier, Jackson, F. Schalow, Boyd et Thomson, en Angleterre, et par Riebold, I. Heine et I. Palugyay, en Allemagne.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Le diverticule par traction fait partie, ainsi que nous l'avons souligné dans notre introduction, des diverticules œsophagiens proprement dits.

Les diverticules par traction sont des petites invaginations mesurant généralement de 1 à 2 cm., dont le grand axe est dirigé perpendiculairement à la paroi de l'œsophage. Ils communiquent par l'intermédiaire d'un orifice ou d'une fente généralement unique, avec la lumière œsophagienne.

Leur siège est caractéristique : sur la paroi antérieure de l'œsophage et à la hauteur *de la bifurcation bronchique* ou plus exactement au point d'entrecroisement de l'œsophage et de la bronche gauche.

Leurs parois sont formées parfois par toutes les tuniques de l'organe, dans d'autres cas la musculieuse peut exister en partie ou manquer complètement quand la muqueuse a fait hernie à travers la musculieuse.

Fréquence.

Le diverticule par traction se rencontre plus souvent chez des adultes et parmi ceux-ci, plus chez

l'homme que chez la femme, rarement chez l'enfant (cas de Zenker, enfant moins de 2 ans, et celui du Dr. Chalmers Da Costa, âgé de 8 ans).

La pathogénie du diverticule par traction a fait couler beaucoup d'encre et on ne peut pas encore dire aujourd'hui que tous les auteurs soient d'accord. Des causes multiples ont été invoquées par les cliniciens. Nous nous bornerons à exposer les opinions émises jusqu'à aujourd'hui et nous nous efforcerons d'en tirer, si possible, une conclusion plus près de la réalité.

La théorie la plus ancienne est celle de Rokitansky et Zenker. Ces deux auteurs attribuaient la formation du diverticule par traction, à l'existence d'une lésion inflammatoire des ganglions de voisinage. Ainsi le ganglion enflammé adhérerait à la paroi antérieure de l'œsophage et au moment de sa résolution ou de son atrophie, il entraînerait une partie de la paroi de l'œsophage constituant le diverticule par traction. Ainsi on cite des cas où des foyers de tuberculose pulmonaire ou des inflammations chroniques de la plèvre ou du péricarde, des thyroïdites, des médiastinites, la carie des vertèbres, de même parfois le carcinome a pu favoriser la formation d'un diverticule par traction.

Tel est le fait de l'observation de Chevallier-Jackson :

... Homme âgé de 60 ans, se plaignait de la difficulté d'avaler les aliments solides. Il a beaucoup maigri. Des douleurs intermittentes derrière le sternum. Le début remonte à 8 semaines, pendant lesquelles il

était gêné dans sa déglutition. A ce moment il a eu des régurgitations. L'examen aux rayons X démontra une lésion organique de la partie supérieure de l'œsophage, au niveau du plan sus-sternal, un peu plus bas que l'habituelle place du diverticulum, mais il s'agit certainement d'un diverticule.

Les bords inférieurs sont irréguliers et nous soupçonnons des adhérences. Nous croyons qu'il s'agit d'un diverticulum, mais nous sommes incapables de rejeter la possibilité d'une tumeur infiltrante.

Les résultats de l'examen œsophagoscopique et les réponses du laboratoire, incitent le Dr. Ch.-Jackson à conseiller une gastrotomie préliminaire et la résection de la partie supérieure de l'œsophage, y compris celle du diverticule.

On a anesthésié la région trachéale pour passer au-dessus de l'infiltration. L'incision cervicale a été faite, le nerf recurrent a été écarté, de même que le lobe gauche du corps thyroïde et l'œsophage fut découvert. L'œsophage adhère étroitement au diverticule. *Je crois qu'il s'agit d'un diverticule par traction*, à cause des adhérences très denses entourant l'œsophage à cet endroit. Les suites opératoires furent bonnes; le malade a repris du poids, il se nourrissait à travers la bouche de la gastrotomie.

Nous pensons que le carcinome fut la cause du diverticule par traction.

Si l'hypothèse de la rétraction cicatricielle d'un ganglion bacillaire est admise, elle devrait être confirmée par l'autopsie. On devrait constater des stades pré-

paratoires du développement des diverticules, soit sous la forme de lymphadénites, empiétant sur l'œsophage et s'y manifestant par des adhérences des ganglions enflammés, soit sous celles des diverticules à l'état naissant.

Des recherches faites par J. Kragh à l'Institut d'Anatomie pathologique de Copenhague, ont donné les résultats suivants. Sur une série de 556 autopsies, on a trouvé 14 cas des diverticules par traction, qui ont montré les lésions suivantes : « les ganglions lymphatiques soudés à l'œsophage présentaient des altérations tuberculeuses et la soudure était due partout où elle fut constatée à l'empiètement du processus tuberculeux sur l'œsophage, dont la paroi se trouvait attaquée soit dans sa couche extérieure, soit dans toute son épaisseur et même dans quelques cas on a pu constater la perforation de la paroi œsophagienne. »

Dans certains cas, on a trouvé de petits appendices creux, diverticuliformes, s'ouvrant dans la lumière de l'œsophage. Ces cavités étaient dues à deux processus distincts : d'une part la nécrose de la paroi œsophagienne, du tissu adjacent et des ganglions lymphatiques de voisinage. Des cavernes minimales de destructions se produisent. Leurs parois sont recouvertes d'un épithélium pavimenteux, qui venant de l'œsophage envahit, en les tapissant, les foyers de ramollissement. D'autre part, les cavernes étaient dues à la rétraction cicatricielle des ganglions tuberculeux en voie de guérison. Parfois les deux processus de ramollissement nécrotique suivi d'invasion épithéliale et le rétrécissement cicatriciel agissaient ensemble.

Dans aucun cas, dit J. Kragh, nous n'avons trouvé d'altérations pouvant s'interpréter dans le sens d'une déformation ou d'un arrêt congénital de croissance, mais au contraire partout les diverticules étaient intimement unies à des ganglions tuberculeux en voie d'évolution ou guéris.

De même, J. Kragh était tellement convaincu de la nature tuberculeuse des diverticules par traction, qu'il suggéra l'idée de les appeler *diverticules tuberculeux dits de traction*.

La seconde théorie fut celle de Ribert, qui rejetait la rétraction cicatricielle de Zenker en invoquant les motifs suivants :

a) La rareté du diverticule par traction chez les enfants où l'existence des lésions ganglionnaires et bronchiques est si fréquente.

b) Dans certains cas on ne trouve l'existence d'aucune inflammation ganglionnaire ou autre.

c) D'autres fois la lésion ganglionnaire est secondaire à l'apparition du diverticule.

Pour Ribert le diverticule par traction est dû à un arrêt de développement congénital, comme par exemple l'existence d'un tractus conjonctif, reliant la paroi œsophagienne à la trachée, ou à des lacunes, c'est-à-dire l'existence de véritables points de moindre résistance qui, à la suite des phénomènes inflammatoires, se laisseraient distendre.

La thèse de Ribert fut combattue par Haussmann, Riebold et Broch. Dans un article du *Concours mé-*

dical, le Professeur Delbet soutient aussi que le diverticule par traction est dû à un arrêt de développement, comme *les fentes branchiales* qui siègent dans la même région.

En Angleterre, Schalow pense de même, mais William Boyd et Thompson ne croient pas que le reste des arcs branchiaux soient la cause du diverticule. Etant donné l'intérêt soulevé par ces discussions sur la pathogénie du diverticule par traction, nous avons cru bon de l'exposer un peu en détail.

Mais, en somme, où est la vérité? Il s'agit là d'un vice de développement congénital ou, d'après Zenker, Rokitsansky et Kragh plus récemment, de la rétraction cicatricielle d'un ganglion tuberculeux qui adhère à la face antérieure de l'œsophage.

La question n'est pas encore définitivement tranchée, les auteurs ne se sont pas encore mis d'accord et tout dépend des cas d'espèces.

Les observations qui sont rapportées dans notre étude ne sont pas concluantes, car dans deux cas seulement on peut trouver une origine tuberculeuse possible.

Néanmoins nous n'hésitons pas à affirmer que la conception d'un vice de développement congénital, semble contenir une part de vérité : l'examen radiographique attentif de nos malades ne révélant pas de lésions ganglionnaires, leurs antécédents ne fournissant guère de renseignements.

OBSERVATIONS. 7

Les cas publiés que nous avons pu relever au cours de nos recherches ne sont pas très nombreux. Nous présentons à l'appui de notre thèse ces observations colligées, ainsi que deux cas personnels.

OBSERVATION I

(Bensaude)

M. P..., âgé de 69 ans. A contracté le paludisme en faisant son service aux colonies; il exerce un métier dans lequel on emploie le minium; mais il n'a jamais eu de coliques saturnines. A 35 ans il est atteint de surdité, perd peu à peu toutes ses dents et commence à souffrir d'une constipation opiniâtre. En janvier 1918, sans que rien d'anormal ne se soit produit, le malade ressent une gêne à l'ingestion des aliments solides : pain et viande. En mangeant du pain il a la sensation nette que chaque bouchée s'arrête à un point quelconque, qu'il situe plus fréquemment, à la hauteur de l'appendice xyphoïde; en même temps il ressent une douleur dans la région dorsale, douleur qui fréquemment irradie dans la région interscapulaire; puis, au bout de quelques secondes, le bol alimentaire continue son trajet et la douleur cesse immé-

diatement. Aussi le malade mange-t-il beaucoup plus lentement; il coupe très finement ses aliments, ainsi les bouchées alimentaires ne semblent plus s'arrêter dans l'œsophage, mais l'ingestion des aliments solides n'en reste pas moins douloureuse; au contraire, les aliments liquides ne provoquent jamais de douleurs. En 1918, le malade fait un ictus suivi d'hémiplégie, dont les séquelles subsistent encore actuellement.

Rentre en juin 1920 dans le service du Dr. Bensaude où il est venu consulter pour sa constipation, mais sans faire allusion à ses troubles dysphagiques. C'est par hasard que, à la suite d'un examen radioscopique, *un diverticule de traction* fut découvert et que l'interrogatoire permit de tirer de la mémoire défaillante du sujet, les renseignements qui précèdent. Depuis 1918 le syndrome œsophagien n'a pas subi de modifications; les aliments solides non finement coupés subissent dans l'œsophage un temps d'arrêt et provoquent de la douleur; les liquides sont ingérés sans difficulté.

Examen radioscopique :

Après l'ingestion d'une bouillie barytée, on observe un diverticule situé à quatre travers de doigts au-dessus du diaphragme. Ce diverticule dirigé transversalement, est long de 2 cm. Il se vide assez rapidement, il est animé de battements. Au niveau de sa pointe, on constate la présence d'une masse arrondie, opaque, semblant être *un ganglion trachéo-bronchique*.

Le calibre de l'œsophage n'est pas modifié, il n'y a pas de dilatation de l'œsophage au-dessus du diverticule. Une boulette opaque parcourt l'œsophage sans temps d'arrêt. La même image se reproduit à chaque examen.

OBSERVATION II

(Starck)

Un homme âgé de 46 ans fit une chute sur la poitrine. Il ressentit une violente douleur et ne put, pendant une année, rester couché sur le dos. Il fut soigné par la suite pour *tuberculose pulmonaire* et commença à sentir des troubles de déglutition il y a dix ans. En avalant il souffrait violemment au niveau de la cinquième côte, avait la sensation d'une blessure, d'une pression. Les aliments secs donnaient ces malaises au maximum et ceux-ci diminuaient dès qu'il buvait.

Il y a 6 ans, la tuberculose pulmonaire progresse et depuis 4 ans, la déglutition est devenue plus difficile, surtout depuis un an. Les aliments s'arrêtent, ne descendent qu'en buvant, la douleur est moins limitée.

L'œsophagoscopie :

A 21 ou 22 cm., sur la paroi droite, excavation peu profonde, grosse comme une fève, qui suit les mouvements respiratoires. Plus profondément, autre foyer inflammatoire et peut-être cicatrice, faisceaux vasculaires variqueux.

A 23 cm. autre petit diverticule avec saillie, allant de gauche en avant, à droite en arrière du champ visuel, de 1 cm. de long, et facilement visible. Une muqueuse normale semble le recouvrir; il conduit dans une excavation située à gauche, dont on ne peut pas voir le fond, il contient des particules alimentaires.

OBSERVATION III

(Lapeyre)

M. E..., âgé de 56 ans, nous est adressé par le D^r Giron, pour examen radioscopique de son œsophage. Au cours de son repas du matin, après avoir dégluti un morceau de viande, le sujet est pris d'une sensation de constriction et de resserrement pénible très profondément dans son thorax, et il a aussitôt l'impression que le morceau qu'il vient d'avaler s'est arrêté dans le trajet de son œsophage.

L'absorption d'aliments liquides et semi-liquides lui est cependant possible; mais cette sensation de gêne ne disparaissant pas, il se décide à consulter son médecin spécialiste du pharynx et de l'œsophage qui, à son tour, nous l'adresse aux fins de l'examen radioscopique.

C'est dans ces conditions que nous pratiquons l'examen de son œsophage.

Rien d'anormal de prime abord, à l'examen de son médiastin. Au moment de l'absorption de la bouillie barytée, nous suivons le bol opaque; arrivé au niveau de la partie concave de la crosse de l'aorte, nous distinguons très bien le passage d'une partie de la bouillie barytée, dans une poche de la grosseur d'une noisette, située en avant de la paroi antérieure de l'œsophage. L'image de cette poche ne permet pas de douter qu'il s'agit bien d'un diverticule de la paroi antérieure de l'œsophage, au niveau de la concavité aortique. Le pédicule d'implantation se détache nettement sur le devant de l'œsophage. J'ajoute que le malade n'a plus présenté de troubles cliniques depuis ce petit incident qui nous a amené à cette découverte, voici déjà environ 8 mois.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Mme B..., 42 ans, vient consulter en novembre 1932, avec le diagnostic de dilatation idiopathique de l'œsophage. Depuis 3 ans elle présente une légère dysphagie sans aucun caractère progressif, sans constance. Pas de régurgitations, mais par périodes quelques vomissements où elle a pu noter un ou deux filets de sang.

A côté de ces signes œsophagiens discrets, qui ont cependant attiré l'attention, puisque depuis 2 ans, la malade est traitée par des dilatations; elle présente un tableau de dyspepsie hyposthénique précoce, des brûlures vives au creux épigastrique, survenant la nuit. Ces crises, choses à remarquer, surviennent aux moments des règles. Celles-ci sont très irrégulières et peu abondantes. La malade est très nerveuse : émotivité, frilosité, angoisse qu'il est bien difficile de distinguer de la dysphagie accusée par la malade.

A l'examen :

Pouls : 100. Battements épigastriques.

Excellent état général. Rien d'organique aux divers appareils, rien au thorax.

La malade attirant l'attention du côté de l'anus par quelques faux besoins et du prurit, on constate à l'examen des hémorroïdes internes très irritées.

Antécédents :

Quelques bronchites, mais aucune n'ayant paru suspecte aux divers observateurs. Mariée, elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche. Aucun antécédent de la série le B. W. pratiqué antérieurement était négatif.

Radiographie :

Dans son dossier la malade apporte des radios qui montrent un éperon diverticulaire net au niveau du hile gauche. Les ombres hilaires ne sont pas anormalement chargées.

La radioscopie du thorax ne révèle aucune lésion parenchymateuse ou pleurale.

L'œsophage est de dimensions normales (tant en longueur qu'en largeur). La malade est traitée par des dilatations à la sonde d'Inurrigaro, de même par un traitement antispasmodique : gardénal, benzoate de benzyle et bromure.

Très améliorée pendant 6 mois, elle revient actuellement, et une nouvelle série de 5 dilatations fut faite. Depuis juillet 1933 la malade a été revue à plusieurs reprises; elle n'a plus besoin de dilatations et, à condition de continuer les sédatifs nerveux, elle ne présente toujours aucun trouble.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Mme M..., âgée de 57 ans, vient consulter dans le service pour une constipation rebelle. La malade se plaint en outre de son *état de nervosité* : en effet elle est très émotive, s'énervé pour le moindre incident. Elle accuse en outre une céphalée frontale permanente qui parfois irradie à la nuque, et elle souffre ainsi continuellement, ne pouvant plus s'occuper de son travail comme auparavant.

La malade a beaucoup maigri. Elle ne présente aucun



Radiographie de profil. — M^{me} B., Obs. IV



Radiographie de profil. — M^{mc} B., Obs. IV

antécédent de colique hépatique, pas d'ictère, pas de nausées au réveil, pas de vertiges. Malgré toute cette symptomatologie critique pour la malade, elle a conservé son appétit. De plus elle nous raconte, sans trop insister, qu'aux moments des repas, elle présente une certaine gêne à avaler les aliments solides et que les aliments qu'elle vient d'ingérer lui donnent la sensation d'une boule qui monte et descend.

De même, cette gêne de la déglutition s'accompagne d'une sorte de pesanteur au niveau de l'appendice xyphoïde.

Cette difficulté de la déglutition disparaît après le repas de midi, pour réapparaître le soir, au diner.

A l'examen :

Son appareil pulmonaire paraît parfaitement normal. Aucune gêne respiratoire aux moments de fatigue. Rarement quelques palpitations. Pouls : 100.

Radioscopie :

A montré au tiers moyen de l'œsophage, sur sa face antérieure, un éperon diverticulaire de 2 cm. de long environ. Les régions hilaires et les deux chaps pulmonaires paraissent normaux. L'œsophage présente des dimensions normales.

En somme il s'agit d'un diverticule par traction chez une femme nerveuse et le traitement par un régime approprié et des calmants du système endocrino-végétatif assure à cette femme une amélioration notable.

SYMPTOMATOLOGIE

Les manifestations cliniques sont souvent si infimes, que la plupart du temps, elles passent inaperçues. Les faibles dimensions de ces diverticules et la direction ascendante de leur lumière, empêchent en partie, la pénétration des matières alimentaires dans la poche, de telle sorte que les symptômes de sténose et de compression font entièrement défaut.

Ces formes silencieuses des diverticules par traction ne sont découvertes que par hasard, à la suite d'un examen radioscopique pratiqué pour une toute autre affection (cas de l'obs. du Dr. Bensaude), ou restent une découverte d'autopsie.

Mais parfois les symptômes sont plus révélateurs, et ces sujets viennent consulter pour une gêne à la déglutition des aliments (c'est le cas de nos deux obs. personnelles et de celle du Dr. Chevallier-Jackson). Les malades racontent qu'en mangeant les aliments s'arrêtent à un point du trajet œsophagien et qu'ils n'en sont soulagés qu'à la faveur d'une régurgitation ou d'une prise de liquide.

Cette difficulté de la déglutition s'accompagne en même temps d'une pesanteur ou d'une douleur dont le

siège et l'intensité sont variables et en rapport avec les lésions péridiverticulaires. Parfois la douleur est localisée au niveau de l'appendice xyphoïde ou de la cinquième côte, ou comme dans l'observation du Dr. Bensaude que nous rapportons, elle peut siéger dans le dos et irradier dans la région interscapulaire. Mais cette dysphagie peu accentuée n'inquiète pas outre mesure le malade.

D'ailleurs, pour moins souffrir, il prend souvent certaines précautions : telles que de manger et mastiquer lentement des aliments finement coupés, et de boire aux moments des repas.

Cette gêne est intermittente, elle disparaîtra pour réapparaître au repas suivant. Elle pourra devenir persistante quand, en dehors, du diverticule, il y aura coexistence des lésions inflammatoires de voisinage, de l'œsophagite.

Mais surtout nous voulons attirer l'attention sur les faits suivants qui nous ont paru intéressants, dans nos observations personnelles : c'est qu'il s'agissait des malades avec *un terrain névropathique* spécial. Nous avons pu constater chez eux des troubles du système vago-sympathique et des glandes endocrines.

Le trouble dysphagique malgré sa netteté, était assez difficile à isoler de l'ensemble des symptômes et, à dire vrai, nous avons pensé avant la radiologie, plus à une dilatation idiopathique qu'à une gêne œsophagienne organique.

N'y a-t-il pas là un cercle vicieux ? Et le trouble du

vago-sympathique ne constituait-il pas un point d'appel sur un diverticule jusque-là latent!

En tout cas le traitement de leur dystonie végétative, a pu adoucir aussi les troubles dysphagiques et à condition de les suivre les malades sont apparemment guéris.

En somme, on peut dire qu'il y a des cas où la clinique peut soupçonner l'existence d'un diverticule, mais évidemment une confirmation ultérieure, par l'examen radiologique et œsophagoscopique est nécessaire.

COMPLICATIONS

Les complications du diverticule par traction sont rares, néanmoins quand elles existaient, elles ont pu, dans quelques circonstances, prendre une allure grave et même mortelle.

La principale et nous la soulignerons au passage, est la *perforation*.

Dans quelles conditions se produit-elle? Le plus souvent elle survient quand l'adénite suppurée causale se fait jour, en perforant le diverticule et se vide de son contenu dans la lumière œsophagienne.

Sa direction peut être différente, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors, et dans ce dernier cas, les complications sont d'ailleurs plus graves, car l'ouverture se fait alors dans un des organes du médiastin.

D'autrefois la fistule adéno-œsophagienne s'infecte et cette infection trouve son point de départ dans le milieu septique de l'œsophage. Ainsi cette infection se propagera ultérieurement aux ganglions avoisinants et au médiastin. Si le ganglion adhère à la fois à une bronche et à l'œsophage, il peut en résulter une fistule broncho-œsophagienne. L'ouverture dans la trachée,

les bronches, les plèvres et le péricarde sera susceptible de donner lieu à toute la série d'infections pulmonaires telles que : pleurésie purulente, gangrène pulmonaire, pyropneumothorax ou enfin la péricardite purulente.

Pour illustrer cette énumération, nous rapporterons le cas de perforation d'un diverticule par traction, d'après l'observation anglaise de Chalmers Da Costa.

OBSERVATION VI

Garçon de 8 ans, a été conduit dans le service de chirurgie, avec fièvre, aplatissement du côté droit du thorax, avec tous les signes de l'empyème. Après résection des côtes pour évacuer le pus, on a trouvé des débris alimentaires dans la partie externe de la plaie.

A cause de son mauvais état général et nécessitant une gastrotomie qui d'ailleurs lui fût faite, l'œsophagoscopie fut retardée jusqu'à la disparition des symptômes infectieux.

Il est mort 14 jours après l'opération, sans examen œsophagoscopique, mais le diagnostic clinique fut celui de perforation de l'œsophage. L'autopsie a montré l'existence d'un diverticule jaillissant de la partie postéro-latérale de l'œsophage, à 11 cm. de l'ouverture du larynx et s'étendant de haut en bas. Le diverticule était de 2 cm. 1/2 de long, de 4 cm. de diamètre et d'un calibre égal dans toute sa longueur.

La partie distale s'ouvrait dans la cavité thoracique, à travers le dôme pleural : ainsi s'explique la cause de l'empyème et la raison pour laquelle les aliments passèrent à travers la plaie de la thoracotomie.

L'examen microscopique a montré trois couches distinctes, correspondantes à la structure de l'œsophage, ce qui nous prouve qu'il s'agissait d'un vrai diverticule.

De ce fait, l'union à angle droit du diverticule et de l'œsophage, et le manque d'inflammation dans la paroi œsophagienne, près de la jonction du diverticule à l'œsophage, nous permet de dire qu'il s'agit d'un diverticule par traction.

Dans d'autres cas, l'ouverture du diverticule perforé peut se faire dans les gros vaisseaux de la base, veine cave et aorte, d'où mort par hémorragie.

Enfin, dans certains cas le tissu cicatriciel d'un diverticule par traction peut-être le point de départ d'un cancer de l'œsophage. De même on a signalé qu'à la longue, sous l'influence de la poussée alimentaire, ce diverticule pouvait se laisser distendre et se transformer ainsi en diverticule par traction pulsion.

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic du diverticule par traction de l'œsophage n'est peut-être pas plus fréquent que classiquement, mais il est fait aujourd'hui avec beaucoup plus de certitude qu'auparavant. Avant, le diagnostic n'était souvent pas posé, mais aujourd'hui il peut l'être grâce aux méthodes nouvelles, telles que les rayons X et l'œsophagoscopie, sur lesquelles nous insisterons. Ainsi en contraste avec la certitude du diagnostic actuel, la littérature classique nous présente des cas qui ne furent qu'une trouvaille d'autopsie. Et justement avant de traiter du diagnostic positif du diverticule de traction, nous voulons faire ressortir du début, ce point essentiel, c'est-à-dire *la discordance* entre la rareté clinique et la fréquence sur la table d'autopsie.

L'examen aux rayons X doit être le premier élément adjoint à la clinique. Celle-ci ne fera que soupçonner, dans les cas heureux, l'existence d'une gêne œsophagienne, mais le plus souvent la radiologie seule fera le diagnostic, d'où son importance dans la découverte du diverticule par traction, qui par la petitesse de sa taille, peut facilement passer inaperçu.

Même le diagnostic radioscopique n'est pas toujours aisé, car la baryte pénètre difficilement dans la poche diverticulaire. C'est pour remédier à cet inconvénient que Palugay propose de faire l'examen radioscopique, *avec élévation du bassin*. Voici, en résumé, en quoi consiste cette méthode : chaque fois qu'on soupçonne l'existence d'un diverticule par traction, le malade est examiné, couché sur le dos, après avoir absorbé un repas opaque.

On soulève le bassin de façon que le corps fasse avec l'horizontale un angle de 45°; on pourra obtenir cette position en inclinant la table ou en soulevant le siège et les jambes du malade, à l'aide de coussins.

Le sujet sera examiné non seulement suivant le diamètre antéro-postérieur, mais aussi en oblique, position qui montre la portion thoracique de l'œsophage.

L'examen radioscopique ne sera jamais précédé d'une œsophagoscopie, car la muqueuse diverticulaire possède une muqueuse enflammée, friable, et on risque ainsi les plus graves accidents : éraillures, perforations ou poussées de cellulète médiastinale.

Le malade doit être vu à l'écran pour être sûr que la baryte passe et que le médiastin est libre. Il est indiqué de vérifier en même temps l'estomac. On voit que la bouillie barytée y parvient assez rapidement : donc, il n'y a pas d'obstruction de l'œsophage.

Etant donné sa petitesse le diverticule par traction peut être difficilement trouvé et pour ceci, nous dési-

rons attirer l'attention *sur la nécessité des radios en série.*

Dans quelques cas, on pourrait obvier à cette difficulté en s'aidant au moment de l'examen aux rayons X, du cathétérisme sur fil conducteur.

Sans insister sur cette technique, nous nous contenterons d'exposer ici l'opinion de M. le Professeur Brulé : chez le malade, il suffira de faire passer deux sondes, l'une avec le fil tendu qui passe par l'œsophage, l'autre avec le fil détendu qui passe dans le diverticule. Ainsi l'examen radioscopique montrera une sonde noire, opaque, qui va rester au niveau du diverticule et une autre qui va descendre jusque dans l'estomac.

Nous voyons ainsi de cet exposé la difficulté de l'examen radioscopique et la nécessité de prendre les précautions ci-dessus citées.

*Mais quels sont les résultats d'un examen
aux rayons X ?*

D'après nos observations, nous avons dans la majorité des cas, constaté l'existence au niveau du tiers moyen de l'œsophage d'un éperon diverticulaire, dirigé transversalement et d'une longueur de 1 à 2 cm. Il est presque toujours situé sur la face antérieure de l'œsophage. L'œsophage lui-même, garde ses dimensions normales, tant en longueur qu'en largeur. Aucune dilatation de l'œsophage au-dessus du diverticule n'a jamais été constatée. Dans un seul cas (obs.

du Dr Beusaude), on a pu soupçonner l'existence au voisinage du diverticule, d'un ganglion trachéo-bronchique, dans les autres les champs pulmonaires étaient parfaitement normaux.

L'ŒSOPHAGOSCOPIE

Elle constituera le deuxième élément fondamental du diagnostic. L'endoscopie est essentielle, même si le diagnostic est fait, car elle nous renseignera en plus, sur la situation du diverticule par rapport à la paroi œsophagienne, sur son étendue, sa forme et la taille de l'ouverture. Elle montrera dans le cas de diverticule par traction, que son siège est intrathoracique, au tiers moyen de l'œsophage, au niveau de la bifurcation bronchique et le plus souvent sur la paroi antérieure de l'œsophage.

De même nous voulons attirer l'attention sur le fait que cette exploration doit être toujours minutieuse, car au niveau du tiers moyen le tube glisse souvent dans l'œsophage, sans rencontrer le diverticule.

Quel est le résultat œsophagoscopique dans le cas d'un diverticule par traction ?

La muqueuse du diverticule est enflammée, plissée ou non, plus ou moins ulcérée et on trouve souvent des mucosités plus ou moins purulentes. La profondeur de sa cavité est de 1 à 2 cm. Son fond est carac-

téristique, d'après Starck, car d'après lui, le diverticule de traction présente toujours des cicatrices grisâtres.

Dans une de nos observations personnelles on n'a trouvé que de l'œsophagite. Les lésions sont donc variables et peut être en rapport avec le stade d'évolution et de complications du diverticule.

Ainsi au début, le diagnostic est difficile, car il n'y a qu'une simple dépression qui peut se distinguer quand même du reste de la muqueuse, par sa coloration plus foncée.

En somme nous pouvons dire qu'on trouve une certaine dilatation circonscrite, dont la muqueuse présente souvent traces d'inflammation et quelques débris alimentaires.

Mais nous insistons qu'étant donné la petitesse de sa taille, le diverticule par traction peut passer facilement inaperçu. Mais surtout l'œsophagoscopie permet d'éliminer d'autres lésions comme les dilatations diffuses, néoplasmes ou rétrécissements.

Nous voyons ainsi que les résultats ne sont pas souvent concluants et l'idée *des examens en série* s'impose, quand les signes sont discrets, car seulement leur constance au cours de plusieurs examens permet d'être affirmatif pour le diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel du diverticule par traction, n'est pas chose facile, sans l'aide de la radiologie. Quand un malade vient consulter pour un syndrome dysphagique, on pense d'abord à éliminer les affections les plus courantes ou qui par leur gravité mettent en jeu l'existence même du sujet.

Il faut d'abord préciser la nature et le siège préalable de gêne, si elle est purement œsophagienne et si elle relève de causes intrinsèques ou extrinsèques.

Cliniquement :

La dysphagie du diverticule par traction ne ressemble guère à celle du rétrécissement cicatriciel, ni à celle du néo.

1) *Rétrécissement cicatriciel*

Dans ce cas, les commémoratifs ne manquent pas et la cause peut être variable. Ainsi parmi les plus fréquentes sont : a) l'ingestion des liquides caustiques dans les maladies infectieuses comme la scarlatine, la dothiéntérie et la diphtérie dont les ulcérations peuvent se localiser à la paroi œsophagienne et don-

ner ulérieurement un rétrécissement cicatriciel ;
c) l'ulcère et la tuberculose.

La dysphagie passe par plusieurs phases. Elle est complète au début de l'accident, mais à celle-ci succède une période d'acalmie, pendant laquelle le malade se croit guéri. Puis, quelque temps après la dysphagie progressive s'installe. Le malade qui jusqu'à présent avait pu s'alimenter suffisamment de pâtes, purées, ou d'aliments solides bien mastiqués, n'avale de nouveau qu'avec peine et bientôt il sera dans l'impossibilité d'avaler même les liquides et la dysphagie complète s'installera.

Elle est variable, plus marquée à certains moments qu'en d'autres, suivant l'état du spasme qui accompagne et complique toutes les sténoses.

Cancer de l'œsophage.

Telle doit être la pensée dominante en présence d'une dysphagie, car un néo peut se greffer sur un diverticule méconnu. Ce sont des sujets âgés, chez lesquels la dysphagie s'installe lentement et progressivement. D'abord la déglutition est gênée par les aliments solides, tels que le pain et la viande, puis par les liquides. Elle peut n'apparaître que tardivement, au cours d'un cancer de l'œsophage, bien que les lésions soient déjà assez étendues. Elle est toujours plus accusée pour les tumeurs siégeant aux deux extrémités du conduit œsophagien. Cette dysphagie peut s'accompagner d'une douleur d'intensité variable, car

elle est due dans ce cas à des phénomènes de propagation, œsophagite et périœséphagite. Les malades maigrissent, la cachexie cancéreuse et la teinte jaune paille ne se voient que rarement et surtout à une phase avancée de la maladie.

Nous n'insistons pas sur les vomissements, les régurgitations, ni sur les petites hémorragies qui strient l'expectoration, car ce ne sont pas des symptômes caractéristiques.

La dysphagie du diverticule par traction, ressemble plus à celle de la :

- Dilatation idiopathique de l'œsophage;
- Des tumeurs bénignes;
- Des diverticules par pulsion, non celui pharyngo-œsophagien de Zeuker qui est cliniquement plus évident, mais du diverticule œsophagien proprement dit.

1) *La dilatation idiopathique de l'œsophage*

Dans certains cas le début est brusque, surtout chez les femmes névropathes, en pleine santé apparente. Il peut être favorisé par une violente émotion. Dans d'autres cas, les troubles dysphagiques sont minimes et n'inquiètent pas trop les malades. La dysphagie présente des accalmies plus ou moins longues, puis elle devient permanente et plus intense. Les malades sont obligés de réduire de beaucoup le volume des aliments, de boire beaucoup et de recourir à certains artifices pour faciliter le passage des aliments.

Il faut d'ailleurs noter que les émotions et les im-

pressions vives ont une influence manifeste. Plus tard le vomissement œsophagien s'installe, précocement au début et en petite quantité, tardivement à une phase plus avancée et en quantité plus abondante. Chez ces malades on trouve le plus souvent des troubles du système vago-sympathique, néanmoins malgré l'ensemble de ses symptômes, l'état général peut se maintenir longtemps satisfaisant et la maladie peut durer ainsi 10 à 30 ans.

En faveur des dilatations idiopathiques, nous préférons citer les expériences de Kelling :

1) Le premier procédé consiste à introduire une sonde dans l'estomac et une autre dans la dilatation : la sonde œsophagienne est munie d'un index en papier. On retire ensuite la sonde gastrique jusqu'à ce que son extrémité inférieure ait passé le cardia et l'on verse par cette sonde un liquide coloré; on retire alors la sonde œsophagienne et si l'index est coloré, il s'agit d'une dilatation.

2) Le second procédé consiste à pousser une sonde à ouverture latérale jusqu'à ce que l'on éprouve une résistance, on ausculte en même temps le creux épigastrique.

Dès que les bruits, observés au niveau du cardia apparaissent, traduisant le passage du liquide, on cherche à projeter la sonde dans l'estomac. Si l'essai réussit on conclut à une dilatation. D'autres expériences ont été faites par Bœkelmann, Krauss et Loebe, mais depuis l'emploi des rayons X leur intérêt pratique a diminué.

2) *Les tumeurs bénignes de l'œsophage*

Au point de vue anatomique, elles sont pédiculées et allongées. Aussi on leur donne parfois le nom de polype. De petites dimensions, elles peuvent siéger soit à la partie supérieure de l'œsophage, soit, fait caractéristique, au niveau de la bifurcation trachéale, ces dernières étant les reliquats des formations embryonnaires, autant *de ressemblance* avec le diverticule par traction.

Cliniquement, une tumeur bénigne peut n'être qu'une trouvaille d'autopsie, d'autres fois il y a une certaine gêne de la déglutition, une facilité plus grande au passage des liquides que des solides. A un degré plus marqué, il existe une sensation passagère d'arrêt, quelques douleurs légères d'abord, et pouvant devenir de plus en plus vives si la tumeur s'ulcère ou que l'œsophagisme y prenne part.

3) *La diverticule par pulsion*

Il siège aussi sur la paroi antérieure de l'œsophage. Son origine est souvent obscure et son étiologie ne relève certainement pas d'une cause unique. Les uns dérivent d'un diverticule par traction, par accumulation des parcelles alimentaires dans la poche, d'autres représentent des diverticules sus-sténosiques, qui sont une complication rare du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

Sa symptomatologie ressemble beaucoup à celle du diverticule pharyngo-œsophagien de Zenker. Parfois

les douleurs thoraciques sont vives et s'accompagnent dans certains cas de dyspnée et d'une sensation de dépression intrathoracique.

Nous passons sous silence les causes extrinsèques de dysphagie, tel le cas de l'anévrysme de l'aorte ou d'une tumeur médiastinale, car leurs symptomatologie clinique est bien spéciale.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Trois diagnostics sont faciles :

1) *Cancer.*

Suivant le degré de sténose, l'image est différente. Si elle est serrée, la bouillie opaque s'arrête et s'accumule au-dessus de l'obstacle. L'œsophage est peu dilaté, la mort survenant trop rapidement pour qu'une dilatation puisse se produire. Dans certains cas la colonne opaque, après un moment d'arrêt, présente des mouvements d'ascension et de descente en rapport avec des mouvements antipéristaltiques.

Si la sténose est incomplète, après un léger arrêt, la bouillie barytée s'engage dans un défilé sinueux et rétréci. Généralement la partie sous-jacente à la sténose est imparfaitement injectée, la bouillie barytée passant trop rapidement. Quand la sténose est très légère, la substance opaque ne subit pas d'arrêt, mais elle révèle toutefois une faible diminution du calibre, correspondant à la lésion.

Lorsque la sténose fait complètement défaut, le

radio-diagnostic est encore possible si des anfractuosités de la tumeur retiennent des particules de la bouillie barytée. La dernière ressource consiste en la radiographie faite en position latérale et sans substance opaque. En somme les résultats sont variables et sont en rapport avec une obstacle sténosant ou pariétal.

2) Rétrécissement.

L'exploration œsophagoscopique se fait dans ce cas ou oblique antérieure droite. En faisant déglutir au malade un cachet de bismuth, celui-ci s'arrête d'abord à l'orifice supérieur du rétrécissement. S'effritant, il s'effile peu à peu en s'engageant dans le défilé du rétrécissement et finit par disparaître.

Cette exploration montre le siège, le degré du rétrécissement, l'existence ou non d'une dilatation sus-jacente. Celle-ci peut simuler un diverticule par pulsion, mais de sa partie inférieure se détache un mince filet opaque.

3) Dilatation idiopathique.

L'image radioscopique est typique. La substance opaque montre une large poche qui remplit tout le médiastin postérieur et descend au dessous du diaphragme.

Les principaux caractères de cette poche sont les suivants : a) sa grande largeur; b) son allongement; c) la forme conique ou arrondie de son extrémité inférieure. La largeur est variable, tantôt régulière dans

toute son étendue, tantôt en fuseau, tantôt en forme de poire, quand la partie inférieure est plus large. *L'allongement* de l'œsophage dilaté se traduit par des sinuosités ou des inflexions de l'image radioscopique. L'extrémité inférieure présente des contours nets et réguliers; elle est généralement mince, effilée, quelquefois anomalie en massue. Cette extrémité inférieure plonge généralement au-dessous des dômes du diaphragme, dans d'autres cas elle peut s'arrêter à quelques centimètres au-dessus du passage diaphragmatique.

D'après les images radiologiques on a distingué trois sortes de dilatations : 1) *la dilatation idiopathique proprement dite*, qui se développe rapidement; 2) *la dilatation avec cardiospasme*, dans laquelle elle se développe lentement et n'atteint pas de grandes proportions ; 3) et enfin *la dilatation avec hystérospasme* qui apparaît et disparaît rapidement.

Deux diagnostics sont plus délicats :

(1) *Diverticule de pulsion*. — Le diagnostic ne se discute pas avec le diverticule cervical, qui n'est jamais un diverticule de traction, mais pour le thoracique quand il est de petit volume. Néanmoins à la radioscopie, en cas de diverticule de pulsion, la bouillie barytée pénétrera plus facilement dans la poche diverticulaire, car sa direction n'est plus ascendante, étant donné la présence d'une plus grande quantité des particules alimentaires qui concourent à la distension de la poche. Cependant quand la diverticule

de pulsion est de petit volume, la discussion peut subsister, mais elle ne présente qu'un intérêt pratique très relatif, car l'évolution est la même.

2) *Tumeurs bénignes.* — Elles peuvent parfois simuler à la radio un diverticule. En effet, sur notre cliché radiographique, il existe une déformation qui pourrait être aussi bien liée à une tumeur bénigne. Seule l'œsophagoscopie tranchera le diagnostic. La concavité de la courbe du diverticule à la radio, peut très bien être interprété comme la traduction du relief de la tumeur bénigne. La pédiculisation sera en faveur d'une tumeur bénigne; il faudra vérifier que la base du pédicule est bien saine, car dans certains cas l'examen biopsique sera nécessaire pour éliminer une tumeur maligne.

Enfin la radioscopie présente, dans certains cas, un intérêt primordial dans la découverte de la cause du diverticule de traction, telle que la tuberculose pulmonaire, une adénopathie hilairé ou sclérose pulmonaire, mais le plus souvent toute indication fera défaut, ainsi que nous ayons pu le remarquer au cours de ce travail, en particulier dans nos deux cas. Les deux clichés que nous rapportons ne laissent aucun doute à cet égard.

TRAITEMENT

La thérapeutique du diverticule par traction est un moyen palliatif, et, en effet, elle ne lui est pas propre. Dans les cas avancés, il faut tâcher de supprimer les troubles observés.

Il faut instituer à ces malades un régime : les aliments seront finement coupés, les *plus préférés* seront par exemple : les potages, les purées, la viande hachée. Les liquides passent plus facilement et aident en même temps les autres aliments dans leur descente, d'où leurs indications. Contre les fermentations alimentaires qui peuvent en résulter parfois, on pourra recourir aux lavages antiseptiques. Le lavage sera fait le soir, ce qui a l'avantage de supprimer la toux si pénible et la régurgitation alimentaire.

Dans le cas des lésions d'œsophagite au niveau du diverticule, on pourra utiliser dans le liquide de lavage les antiseptiques suivants : le nitrate d'argent à 3 p. 1.000, qu'on pourra alterner avec le borate de soude à la même concentration, pendant plusieurs séances.

De même, étant donné que dans certains cas, preuve nos observations personnelles, ces sujets ont un *ter-*

rain névropathique spécial, ils se trouveront bien d'une médication calmante de leur déséquilibre nerveux, telles que : bromure, valériane, le benzoate de benzyl.

Dans certains cas d'œsophagite ou d'un léger rétrécissement consécutif à cette œsophagite, quelques séances de dilatation à la sonde molle d'Inurrigaro, soulageront le malade. De même les courants de haute fréquence peuvent donner des résultats favorables.

CONCLUSIONS

1) Le diverticule par traction est une affection « cliniquement » rare, fait qui contraste avec sa fréquence anatomique.

2) Au point de vue pathogénique, il semble plutôt dû à un vice de développement congénital qu'à une déviation acquise, inflammatoire ou cicatricielle.

3) Aujourd'hui son diagnostic clinique est fait avec beaucoup plus de certitude grâce à la collaboration des Rayons X et de l'œsophagoscopie.

4) Dans certains cas, les porteurs d'un diverticule par traction de l'œsophage, ont un substratum endocrino-végétatif spécial et qui peut-être, constitué dans ces cas, un point d'appel révélateur pour la reconnaissance clinique d'un diverticule jusque-là latent.

5) Sa thérapeutique est avant tout palliative. L'emploi des lavages antiseptiques, des sédatifs nerveux et d'un régime peu sévère, calmeront « l'inquiétude » du patient.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ARMAND DELILE, HILLEMANN, LESTEQUOY et L. MALLET.
— Les déviations de l'œsophage en rapport avec celle de la trachée dans la tuberculose pulmonaire chronique. *Bull. et mém. Soc. Méd. hôp. de Paris*, 1921, n° 28, 23 déc., p. 1707.

BALDENVECK. — Les diverticules de l'œsophage. *Rev. crit. de pathol. et thérap.*, II, 1931, n° 6.

BENSAUDE, GRÉGOIRE, GUENEAUX. — *Archives des Maladies du tube digestif*, 1922, n° 3.

BENSAUDE, RIVET. — Tube digestif. *Dans Roger Tisser-Widal*, fasc. XIII.

P. DELBET. — Diverticulites, dilatations et cancer de l'œsophage. *Concours médical*, XLIV, 1922, n° 37, 10 septembre, p. 2912.

FREUND. — Zur Röntgendiagnose der seltenen tiefsitzenden œsophagus divertikels. *Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstr.* XXVIII, 1922, n° 6, 24 janvier, p. 559.

FRESSE. — Ueber œsophagoskopischdiagnostizierte Traktions divertikel der Speiseröhre. *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, etc. Berl. et Wien, 1911, XLV.

GUISEZ. — *Traité des maladies de l'œsophage*, 62, 689.

- Quelques formes peu connues des diverticules de l'œsophage. *Bull. Acad. de Médecine* (Paris), 3^e série, XLIII, 1925, n° 14, 7 avril, p. 378.
- JACKSON, SCHALOW (J.-A.). — Diverticula of the œsophagus, pulsion, traction, malignant an congenital. *Annales of surg.* LXXXIII, 1926, n° 1, janv.
- J KRAGH. — Diverticules tuberculeux de l'œsophage soi-disant div. par traction. *C. R. hebd. Soc. de Biologie*, LXXXV, 1921, 16 juillet, p. 369.
- LAPEYRE. — Un cas de diverticule antérieur de l'œsophage. *Bull. et mém. Soc. de Radiologie méd. de France*, XVII, 1929, n° 164, déc.
- PARCELLIER et CHENUT (H.). — Les diverticules profonds de l'œsophage. *Bordeaux chirurgical*, IV, 1933, n° 1, janvier.
- J. PALUGAY. — Röntgenologische Darstellung des Traktions divertikels der Speiseröhre mittels der Untersuchung in Beckenhochlagung. (*Wien. Klin. Woch.* 1921, XXXIV, 161.
- R. RENDU. — Diverticule œsophagien de traction. *Lyon Médical*, 1921, CXXXX, 396.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	12
Etiologie et Pathogénie.....	13
Observations	19
Symptomatologie	26
Complications	29
Diagnostic	33
Diagnostic différentiel.....	39
Traitement	49
Conclusions	51
Bibliographie	53

